

Formulaire de consultation pour le suivi – Abandon du tabac

Cet outil doit être utilisé avec l'Algorithme, pharmacothérapie pour l'abandon tabagique – Pharmaciens canadiens, accessible au <https://psfcnetwork.com/wp-content/uploads/2020/05/Algorithme-pharmacoth%C3%A9rapie-pour-labandon-tabagique-Feb-2020.pdf>

Date : _____ (JJ/MM/AA) Magasin : _____ Initiales du (de la) pharmacien(ne) : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT :

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : (____) _____ - _____

Date de naissance : _____ (JJ/MM/AA) N° d'assurance maladie : _____ Courriel : _____

Adresse : _____

OBJECTIF D'ABANDON/DE RÉDUCTION :

Réduire Réduire pour arrêter Arrêter Date d'abandon : _____ (JJ/MM/AA)

STATUT TABAGIQUE ACTUEL :

A cessé de fumer N'a pas cessé de fumer A réduit de : _____ (Quantité par jour) N'a pas réduit

MÉDICATION ANTITABAGIQUE ACTUELLE :

<input type="checkbox"/> Timbre de nicotine	Dose : _____ mg/jour	<input type="checkbox"/> 24 h <input type="checkbox"/> 16 h	Date de début : _____
<input type="checkbox"/> Gomme à la nicotine	Dose : <input type="checkbox"/> 2 mg <input type="checkbox"/> 4 mg _____ (n ^{bre} /jour)	<input type="checkbox"/> Dose prévue <input type="checkbox"/> Au besoin	Date de début : _____
<input type="checkbox"/> Pastille à la nicotine	Dose : <input type="checkbox"/> 1 ou 2 mg <input type="checkbox"/> 2 ou 4 mg _____ (n ^{bre} /jour)	<input type="checkbox"/> Dose prévue <input type="checkbox"/> Au besoin	Date de début : _____
<input type="checkbox"/> Inhalateur de nicotine	Dose : _____ (n ^{bre} de cart./jour)	<input type="checkbox"/> Dose prévue <input type="checkbox"/> Au besoin	Date de début : _____
<input type="checkbox"/> Vaporisateur de nicotine	Dose : _____ (n ^{bre} de vap./jour)	<input type="checkbox"/> Dose prévue <input type="checkbox"/> Au besoin	Date de début : _____
<input type="checkbox"/> Bupropion/Zyban	Dose : _____		Date de début : _____
<input type="checkbox"/> Varénicline/Champix	Dose : _____		Date de début : _____
<input type="checkbox"/> Cytisine/Cravv	Dose : _____		Date de début : _____
<input type="checkbox"/> Autre	Dose : _____		Date de début : _____

OBSERVANCE DU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX (poser des questions sur la technique, la posologie et l'horaire de la prise, les doses oubliées et les raisons pour lesquelles elles ont été oubliées) :

EFFICACITÉ DE LA MÉDICATION (tenir compte du statut tabagique, de la présence de symptômes de sevrage, y compris les envies de fumer) :

TOLÉRABILITÉ DE LA MÉDICATION (tenir compte des effets indésirables, des signes de consommation excessive de nicotine et des interactions médicamenteuses) :

PLAN DE TRAITEMENT (ajustements à apporter, le cas échéant, nouveaux objectifs ou éléments à suivre lors de la prochaine visite, etc.)

PROCHAIN SUIVI :

Date : _____ (JJ/MM/AA) Heure : _____ AM PM
Moyen de communication : En personne Par courriel
 Par téléphone Par texto

Pouvons-nous laisser un message? Oui Non
Autre : _____

Perles cliniques

SYMPTÔMES DE SEVRAGE DE LA NICOTINE :

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Toux |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Humeur sombre | <input type="checkbox"/> Manque de concentration | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

Stratégies : - Des stratégies pour un mode de vie sain peuvent aider (hydratation, repos, exercice régulier, relaxation, etc.)
- Il peut être nécessaire d'ajuster la dose du médicament antitabagique

ENVIES DE FUMER :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Intensité (selon le patient) :	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Sévère
Fréquence :	<input type="checkbox"/> Rarement – Moins de 1x/jour	<input type="checkbox"/> À l'occasion – Pas plus de 1 ou 2x/jour	<input type="checkbox"/> Souvent
Déclencheurs connus :	<input type="checkbox"/> Routine du matin	<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Alcool
	<input type="checkbox"/> Autres fumeurs	<input type="checkbox"/> Autres : _____	

Stratégies : - Boire de l'eau, faire autre chose/se distraire, prendre de grandes respirations, retarder
- Utiliser une TRN à action brève
- Il peut être nécessaire d'ajuster la posologie du médicament antitabagique

EFFETS INDÉSIRABLES FRÉQUENTS DES MÉDICAMENTS ANTITABAGIQUES :

1) Thérapie de remplacement de la nicotine :

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Étourdissements (vérifier l'utilisation correcte; la gomme est peut-être mâchée trop vite, etc.; la dose de TRN est peut-être élevée) |
|----------------------------------|--|

Note : Les nausées ou les étourdissements survenant uniquement lorsque le patient fume signifie que la dose de TRN est adéquate.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rêves d'apparence réelle (souvent transitoires) | <input type="checkbox"/> Insomnie (une tolérance peut apparaître; retirer le timbre avant le coucher si elle persiste) |
| <input type="checkbox"/> Irritation cutanée (corticostéroïdes en inhalateur/vaporisateur à application topique avant le timbre ou en crème, appliqués après le timbre. Changer le point d'application chaque jour, en évitant d'utiliser le même emplacement pendant au moins 72 heures) | |

2) Bupropion LP :

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Insomnie (éviter de prendre la deuxième dose trop tard dans la soirée; réduire la dose) |
|--|

Note : Ne pas prendre une double dose ou prendre des doses trop rapprochées (risque de convulsions liées à la dose)

3) Varénicline :

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Insomnie (éviter de prendre la deuxième dose trop tard dans la soirée; réduire la dose) |
| <input type="checkbox"/> Nausées (prendre avec un repas et un verre d'eau; réduire la dose) |

Note : Ces médicaments peuvent provoquer une ivresse excessive s'ils sont pris en même temps que de l'alcool – prudence!

Méthodes d'entretien suggérées :

Poser des questions sur le statut tabagique :

« Je mets à jour votre profil. Comme le tabagisme peut avoir un effet sur certains médicaments, pouvez-vous me dire si vous utilisez actuellement des produits du tabac? »

Conseiller d'arrêter de fumer :

« Écraser est la meilleure chose que vous puissiez faire pour améliorer votre (santé/asthme/MPOC/hypertension, infection respiratoire, etc.) maintenant et à l'avenir. L'arrêt du tabac vous aidera à tirer parti au maximum de vos médicaments (inhalateur, pilule pour la tension artérielle, etc.). »

« J'aimerais que vous envisagiez d'arrêter de fumer et discuter de vos options, sans vous mettre de la pression. »

Le fumeur anxieux à l'idée de fixer une date d'abandon :

« Si vous n'êtes pas sûr de vouloir fixer une date d'abandon, il existe d'autres options qui ne vous obligent pas à arrêter immédiatement. Voulez-vous qu'on en parle? »

Le fumeur hésitant :

« Il est difficile d'arrêter de fumer, mais c'est plus facile quand on peut recevoir de l'aide. Je sera là pour vous aider dès que vous serez prêt(e). »

CONSIDÉRATIONS SUR LA FORME DE TRN : Le patient veut un produit...

À action rapide :	<input type="checkbox"/> Vaporisateur		
Offert en plusieurs saveurs :	<input type="checkbox"/> Vaporisateur	<input type="checkbox"/> Pastille	<input type="checkbox"/> Gomme
Discret :	<input type="checkbox"/> Vaporisateur	<input type="checkbox"/> Pastille	<input type="checkbox"/> Timbre
Qui satisfait le rituel de porter un objet à la bouche :	<input type="checkbox"/> Vaporisateur	<input type="checkbox"/> Inhalateur	